

تاریخ:

شماره:

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

توسط کارمندان تکمیل گردد	اینجانب درخواست دریافت هزینه های (نوع هزینه مشخص شود) . مربوط به طبق مدارک پیوست را دارم . صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/> تلفن تماس : کارمند شاغل در قسمت به شماره پرسنلی ریال (به حروف) : امضاء و تاریخ :
توسط امور اداری و منابع انسانی تکمیل گردد	بدین وسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند . نداشته اند . صندوق عادی شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته : بیمه شده اصلی بیمار صندوق ویژه شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی بیمار مهر - امضاء - تاریخ :
حساب صندوق مبالغ واریزی به تکمیل گردد	حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۱۳۰/۴۹۰۳۰۰ مورخ ۹۲/۷/۱۵ از طریق بانک ملت شعبه اصفهان به مبلغ ۱/۱۰۱/۱۲۰/۰۰۰ ریال (به حروف : یک میلیارد و یکصد و یک میلیون و بیست هزار ریال) به حساب جاری ۷۲۰۳۹۴۴۶ / ۷۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملت شعبه گلستان پاسداران واریز و رسید آن طی نامه شماره ۰۴-۱۴-۳-۱۰۰۴۹ مورخ ۹۲/۷/۱۷ به اداره کل رفاه و امور اجتماعی سازمان مرکزی ارسال گردیده است . مهر - امضاء - تاریخ :
نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد	نام بیمه شده اصلی : نوع هزینه / عمل صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ : بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ : موافقت کمیته به مبلغ : امضاء اعضای کمیته بیمه و رفاه : نام بیمار : تاریخ هزینه : کد عمل جراحی : ۱- دبیر بیمه و رفاه مهندس منصور حسن زاده ۲- معاون دانشجویی دکتر علیرضا جلالی زند ۳- معاون اداری و مالی دکتر مسعود حیدری ۴- رئیس کمیته دکتر احمدعلی فروغی ابری
توسط اداره کل رفاه و امور اجتماعی و با دبیرخانه منطقه تکمیل گردد	کسورات : مبلغ قابل پرداخت : تأیید و امضاء کارشناس بیمه سازمان مرکزی / دبیرخانه منطقه

تذکر : در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت به عمل آید مسؤلیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل به عهده دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.